



Tercer Congreso virtual de Ciencias Morfológicas.

Tercera Jornada Científica de la Cátedra Santiago Ramón y Cajal.

TIÑA NEGRA PALMARIS: UNA MICOSIS SUPERFICIAL RARA.

MSc. Dr. Carlos Alberto Blanco Córdova. Especialista de I grado en Dermatología. Profesor Asistente. PPU "26 de julio", Playa, La Habana. Email: carlosal@infomed.sld.cu

Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón"
Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón".

RESUMEN

Introducción: La Tiña Negra Palmaris es una micosis superficial asintomática, del estrato córneo, causada por el hongo *Exophiala werneckii* o *Cladosporium werneckii*, caracterizadas por máculas aterciopeladas, negro-amarillentas en la palma de las manos, y en ocasiones en áreas dorsal¹. El aspecto estético es el motivo principal de la consulta. Su diagnóstico se presta a confusión con otras entidades nosológicas. Es de interés médico la presentación de esta enfermedad, por su poca frecuencia, y la detección infrecuente de la fuente de infección.

Presentación del caso: Paciente femenina de 7 años de edad, blanca, que consulta por una lesión macular hiperpigmentada, parda oscura, de 2 cm de diámetro, sin síntomas asociados y localizada en región palmar de mano izquierda, con dos semanas de evolución. Antecedentes de hiperhidrosis, y contacto con plantas. Se realizan estudios micológicos, y se aísla el agente causal. Se trata con antimicóticos tópicos de amplio espectro y queratolíticos. Se constata mejoría a los 12 días de tratamiento y cura total a los 20.

Conclusiones: Se presenta una patología poco frecuente en nuestro medio, con un enfoque integral, y que se presta a confusión diagnóstica. Se precisa la fuente de infección.

DeCS: Tiña Negra Palmaris, examen microbiológico, micosis superficiales.

INTRODUCCIÓN:

Horta lo describió en 1921 por primera vez, con el nombre de *Cladosporium werneckii*. Luego de ello, se propusieron otros nombres¹⁻³. En 1970, Von Arx transfirió la *C. werneckii* al género *Exophiala* y la denominó *Exophiala werneckii*.¹⁻⁴ En 1984, se propuso que *E. Werneckii* fuera transferida al género *Hortaea*, debido a ciertas características en la formación de conidios. Sin embargo, en diversos informes se menciona la *Phaeoannelomyces werneckii* como el agente causal de la tiña negra. Sean dos especies del mismo género o el mismo agente con distinta denominación, lo cierto es que producen el mismo cuadro clínico¹⁻⁵.

La tiña negra es una de las micosis más superficiales, se mantiene estrictamente en la capa córnea y nunca se disemina ni profundiza. Su período de incubación es de 10 a 15 días. La regresión espontánea es infrecuente¹⁻⁷.

Clínicamente se manifiesta como máculas negruzcas, hiperpigmentadas, circunscritas, de diferentes tonalidades que van del marrón al negro y sin signos inflamatorios²⁻⁵. Preferentemente afecta las palmas de las manos (*Tinea nigra palmaris*), y con una menor frecuencia, los pies (*Tinea nigra plantaris*), aunque se ha descrito raramente la afección en otras superficies, donde suele confundirse con nevus, léntigo o melanoma, como son los brazos, espacios interdigitales, piernas, tronco y cuello¹⁻⁶. Las lesiones son generalmente indoloras y no pruriginosas, puede haber descamación leve o ausente, y el aspecto estético es el motivo principal de la consulta². Se localiza con más frecuencia en la eminencia tenar y en la concavidad de la mano, aunque a veces puede afectar las caras laterales de esta. Generalmente es unilateral⁵⁻⁸.

Esta enfermedad tiene muy buena reacción al tratamiento tópico, y los de elección son los queratolíticos e imidazoles¹⁻¹⁰. La mayor parte de los casos se resuelven rápido; el padecimiento en sí tiene poca recurrencia, y en algunos enfermos puede haber remisión espontánea. Algunos autores consideran que controlar la hiperhidrosis es suficiente para lograr la remisión de la enfermedad²⁻⁶.

El diagnóstico se realiza de manera sencilla, mediante examen directo con hidróxido de potasio (KOH) al 10 %, de un raspado de la lesión, y con posterioridad se efectúa el cultivo micológico^{6, 9}.

PRESENTACIÓN DE CASO

M.C: Mancha en palma de mano izquierda

Paciente femenina de 7 años de edad, color de piel blanco, concurre a nuestra consulta donde se observa una lesión macular hiperpigmentada, parda oscura, de aproximadamente 2 cm de diámetro sin síntomas asociados y localizada exclusivamente en región palmar de mano izquierda (figura 1). Se observa una mácula de color carmelitoso, de forma irregular, con límites bien definidos, en palma de mano izquierda, la cual aumentó progresivamente de tamaño. (fig.1)

Como antecedente interesante sobre la enfermedad, es de señalar la relación de la paciente con plantas del jardín de la casa, las cuales presentaban hojas enfermas, y con las cuales tuvo contacto durante el juego infantil. Esto fue 15 días previos a la aparición de la enfermedad, según nos refiere la madre, lo que nos hace suponer que el agente etiológico se encontraría en las hojas enfermas de la planta. Al realizar el interrogatorio, la mamá de la niña refirió manifestaciones que evidenciaban una hiperhidrosis; el resto de la piel y anexos sin alteraciones. Se indica estudio micológico con cultivo.

La dermatoscopia mostró una lesión no melanocítica, compuesta por una tenue pigmentación café claro homogénea, con múltiples filamentos pequeños de tono café. En algunas zonas la pigmentación se fragmentaba, dejando espacios sin pigmento. La pigmentación se ubicaba principalmente en las crestas papilares ¹¹. (fig. 2)

Se le indican exámenes microbiológicos, que nos mostraron la presencia del agente etiológico en la piel de la paciente; no presentándose otra sintomatología ni signos asociados.

Se realiza examen micológico directo a la lesión palmar de la paciente. Se depositaron entre lámina y laminilla escamas de la muestra obtenida con una gota de Clorazol Black-E ® y fue positivo, observándose hifas de trayecto tortuoso, se observan abundantes hifas septadas ramificadas, tanto hialinas como dematiáceas. La pigmentación de las hifas permite distinguir la tiña negra de otros tipos de dermatofitosis. (fig. 3).

Se realiza cultivo en medio Sabouraud Cloranfenicol Cicloheximida positivo, observándose colonias gris brillante de crecimiento lento, que finalmente toman un color negro y al observar al microscopio un fragmento de micelio aéreo, se encuentran levaduras con tabique central y extremos terminados en

punta, confirmatorio de *E. werneckii*, el agente causal de la enfermedad en nuestra paciente. (Fig. 4)

Se toma una conducta terapéutica a base de antimicóticos tópicos de amplio espectro y queratolíticos. Se usa ketoconazol al 2% en crema, a razón de 2 veces al día en la zona afectada, conjuntamente con la pomada de Ácido undecilénico compuesto, 1 vez al día, por la noche. Ambos en cura oclusiva por espacio de 21 días. Observándose una disminución de la coloración en la mácula de la mano izquierda a los doce días de aplicado el tratamiento.

A los 20 días de iniciado el mismo se observó una desaparición completa de la lesión macular pigmentada de la mano de la paciente; y se mantuvo en seguimiento evolutivo por un mes, a partir del comienzo del tratamiento.

COMENTARIO

La tiña negra es una micosis superficial que se caracteriza por la presencia de máculas hiperpigmentadas, de localización frecuentemente palmar¹⁻¹³. En la literatura es posible encontrar esta afección con la siguiente sinonimias: Tinea nigra, feohifomicosis superficial, cladosporiosis epidérmica, queratomicosis negra palmar, pityriasis nigra, y microsporiosis negra²

Dado que esta es una infección benigna, es importante poder establecer el diagnóstico diferencial con enfermedades malignas o con mayor morbilidad y de presentación similar, como melanomas malignos, nevus melanocítico, Sífilis Secundaria maculosa, y Pigmentaciones medicamentosas, pigmentación por enfermedad de Addison o eritemas de origen tóxico. Es por ello la importancia que se le concede de saber distinguirla¹⁻⁶.

El uso de la técnica dermatoscópica, en la atención primaria de salud, es de importancia para descartar otras entidades. La dermatoscopia ayuda en el diagnóstico, y permite diferenciarla de otras lesiones pigmentadas. Se ha descrito una pigmentación en patrón homogéneo con una distribución regular de la pigmentación y también presencia de espículas finas que siguen los dermatoglifos y pueden formar estructuras reticuladas; la ausencia de líneas paralelas sugiere que la pigmentación está en capa córnea (fig.2).^{11, 12, 14}

Es muy importante indagar sobre el factor personal predisponente, como es la hiperhidrosis palmo-plantar⁴. Coincidimos con lo planteado por otros autores en que este cuadro es topográficamente más frecuente en la región palmar, así como en que el factor predisponente es la hiperhidrosis palmo plantar. Las fuentes de infección son: suelo, detritus vegetal, madera de zonas tropicales, contacto habitual con arena, pescado seco y plantas acuáticas¹¹.

La aparición de la tiña negra no se debe a su excepcionalidad, sino a su inadecuado reconocimiento y a los escasos síntomas y signos de la enfermedad⁴⁻⁷.

No se conoce el período de incubación; la mayor parte de las publicaciones indican que este fluctúa entre 10 y 20 días^{1, 3}, pero existen casos extremos que indican desde siete semanas hasta varios años^{6, 13}.

El tratamiento es sencillo y sin recurrencias; los pacientes responden rápido a las medidas y medicamentos administrados ¹⁵.

El presente caso nos resultó interesante para su presentación médica, porque se conjugaron tres elementos fundamentales para una correcta práctica médica, que son: el médico epidemiológico, el investigativo y el terapéutico.

Todo lo precedente, fue a su vez importante para un oportuno enfoque integral de este caso, más teniendo en cuenta que no se trataba de una dermatomycosis frecuente en nuestro medio, además de precisar la fuente de infección que en pocas ocasiones puede determinarse.

La oportuna preocupación de los padres de la paciente, junto a una adecuada información por parte de ellos, hizo posible un diagnóstico clínico oportuno y precoz, tan útil en estos casos.

Por último se debe señalar que el uso de antimicóticos apropiados, como resultado de unos complementarios correctamente indicados, facilitó la rapidez de la curación y restablecimiento de la salud, y la calidad de vida de la paciente y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García de Acevedo B, Villa A, Hernández-Hernández F, López-Martínez R, Llorente L, Orozco Topete R. Tiñas multifocales y localizadas en pacientes inmunosuprimidos. Rev Iberoam Micol [Internet]. 2008 jun. [citado 01 ago. 2016];25:[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.reviberoammicol.com/2008-25/032036.pdf>

2. Uezato H, Gushi M, Hagiwara K, Kayo S, Hosokawa A, Nonaka S. A case of tinea nigra palmaris in Okinawa, Japan. J Dermatol. 2006; 33:23-9. PubMed PMID: 16469080.

3. Perez C, Colela MT, Olaizola C, Carriles C, Magaldi S, Mata- Essayag S. Tinea nigra: Report of twelve cases in Venezuela. Mycopathología. 2005; 160:235-8. PubMed PMID: 16205972
4. Vacio C, Mena C, Valencia A, Pavón N, Sibaja N, Rodríguez S, et al. Tiña negra palmar. Dermatología Rev Mex [Internet]. 2012 sep.-oct. [Citado 01 sept. 2016]; 25: [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.residentes.salud.gob.mx/descargas/pdf/hgm_06.pdf
5. Atehortúa Muñoz S, Hoyos Gaviria JG, Ceballos MT. Reporte de un caso de tina negra en Medellín. Rev Asoc Col Dermatol [Internet]. 2009 jun. [citado 01 sept. 2016];17(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://revistasocolderma.org/files/Reporte%20de%20caso%20-%20tina%20nigra.pdf>
6. Sánchez Macias, Laura Rosa, Zacarías Chaljub MC, García Retana PP: Informe de un caso. Tiña negra palmar. Presentación de un paciente. Medicentro 2012; 16(2). [citado 31 de ago 2016]; Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/372/452>
7. Lai-Cheong J, McGrath J. Tinea. N Engl J Med [Internet]. 2010 Dec. 23 [citado 31 ago 2016]; 363(26):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm1003685>
8. Chávez-López MG, EstradaChávez G, Estrada R, Bonifaz A. Tiña negra. Comunicación de cinco casos en Acapulco. Dermatol Rev Mex 2013; 57:473-478. Citado 31 ago. 2016. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=Ti%C3%B1a+negra.+Comunicaci%C3%B3n+de+cinco+casos+en+Acapulco&ie=utf-8&oe=utf-8>
9. ECURED. Manzur Julian, Díaz Almeida, José, Cortés Marta. Dermatología: Tiña negra. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002 310 p. il (Citado 31 ago. de 2016.) Obtenido de: http://www.ecured.cu/index.php?title=Tiña_negra&oldid=1459051
10. Recursos en Micología. Departamento de Microbiología y Parasitología. Universidad Nacional autónoma de México. Tiña Negra. 2015. Citada 31 ago. 2016. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/micologia/tina-negra.html>
11. Cabrera Raúl, Sabatini Natalia, Urrutia Mauricio, Sepúlveda Rodrigo. Tiña negra (tinea nigra): comunicación de un caso alóctono en Chile. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2013 Feb [citado 2016 Sep. 01] ; 30(1): 90-93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000100016&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000100016>.

12. González Lorenzo Ariadna Margarita, Carballido Lias Caridad, Bello Camaraza Olga Lidia. Tiña negra: un reporte en Matanzas. Cuba. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2016 Abr [citado 2016 Sep. 01]; 38(2): 286-292. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200017&lng=es.
13. Arenas Guzmán R. Arenas Guzmán R Arenas Guzmán, Roberto. (2015). Tiña negra. In Arenas Guzmán R. Arenas Guzmán R Ed. Roberto Arenas Guzmán. (Eds), *Micología médica ilustrada*, 5e. citado 31agosto 2016 Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1448&Sectionid=96274165>.
14. Chávez-López MG, EstradaChávez G, Estrada R, Bonifaz A. Tiña negra. Comunicación de cinco casos en Acapulco. Dermatol Rev Mex 2013; 57:473-478.
15. Restrepo, Maria A. AsoColDerma. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. Enfermedades Dermatológicas. Tiña Negra. (Citado 01 sept. 2016), disponible en: http://asocolderma.org.co/enfermedades_dermatologicas/tina_negra

ANEXOS



Fig. 1 Macula Hiper Cromíca.

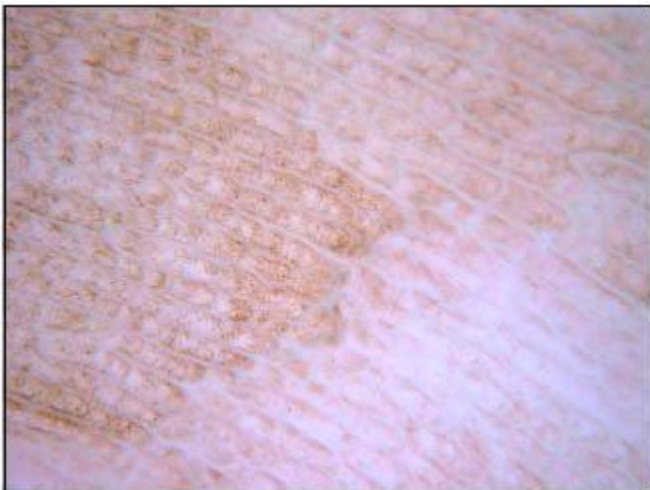


Fig. 2 Tiña negra. Dermatoscopía. Patrón homogéneo con distribución regular de la pigmentación. Presencia de espículas finas que siguen los dermatoglifos y pueden formar estructuras reticuladas. (Dermatoscopio Hybrid, 10x).



Fig. 3 HE. Examen micológico directo. Se observan abundantes hifas septadas ramificadas, tanto hialinas como dematiáceas. La pigmentación de las hifas permite distinguir la tiña negra de otros tipos de dermatofitosis.



Fig. 4 Cultivo. Tiña Negra. Medio Sabouraud. Colonias color negro grisáceo que en su superficie presentan pequeñas vellosidades aterciopeladas.